

Warszawa, data

.....
(imię, nazwisko)

.....
(adres)

Pani Paula Bogusiewicz-Wołosz
Dyrektor
Szkoły Podstawowej nr 12
im. Powstańców Śląskich
w Warszawie

Uprzejmie proszę o zwolnienie mojej córki/mojego syna

....., uczennicy/ucznia klasy.....

z zajęć **edukacji zdrowotnej** w roku szkolnym

Jednocześnie informuję, że biorę pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo mojego
dziecka w trakcie nieobecności na wyżej wymienionych zajęciach.

.....
(czytelny podpis)